

Received: 11 May 2020, Revised: 24 Jun 2020,

Accepted: 26 Jun 2020

นิพนธ์ต้นฉบับ**ทุนทางสังคมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดขอนแก่น**ภาณุชนาถ อ่อนไกล¹, กฤษกันทร สุวรรณพันธ์^{2*}**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทุนทางสังคมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในจังหวัดขอนแก่น ประชากรคือ อสม.ในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 33,161 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง 337 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือน มกราคม พ.ศ 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมการวิเคราะห์สำเร็จรูป แจกแจงข้อมูลด้วยค่าสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสมการการถดถอยพหุโลจิสติก พร้อมช่วงเชื่อมั่น (95%CI) ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.87 อายุเฉลี่ย 52.45 ปี (S.D.= 8.23) ด้านปัจจัยทุนทางสังคมนายรวม พบว่าอยู่ในระดับสูงร้อยละ 76.19 ด้านความรู้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.84 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดขอนแก่น ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ (OR_{adjusted} = 2.60 ; 95%CI 1.18 to 5.74: p-value 0.017) และปัจจัยทุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วมดำเนินการและรับผิดชอบ ในระดับสูงและระดับปานกลาง ตามลำดับ(OR_{adjusted} = 1.64 ; 95%CI 1.12 to 3.80: p-value =0.020 และ OR_{adjusted} = 3.26 ; 95%CI 2.14 to 5.74: p-value =0.014 ตามลำดับ) ข้อเสนอแนะ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมรณรงค์เพื่อการเพิ่มความรู้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ให้กับอสม. เช่น การเพิ่มช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ เป็นต้น

คำสำคัญ กัญชาทางการแพทย์ ทุนทางสังคม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน^{1,2} วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

* Corresponding author: kritkantorn@gmail.com

*Original Article***Social Capital and Factors Associated with Medical Cannabis Knowledge
Among Village Health Volunteers in Khon Kaen Province**Phanutchanat On-kail¹, Kritkanthorn Suwannaphant²***Abstract**

This cross-sectional analytical study aimed to describe social capital and factors associated with medical cannabis knowledge among village health volunteers (VHV) in Khon Kaen province. 337 samples of 33,161 VHV were selected by multi-stage random sampling. The data were collected from questionnaire, conducted in January, 2020 and analyzed using computer programs to acquire frequency, percentage, mean, standard deviation, median, minimum, maximum and multiple logistic regression (with 95% CI). The results found that almost of the VHV sample were female (84.87%). The average age was 52.45± 8.23 years old (S.D.=8.23). For social capital, it was found at a high level (76.19%). The medical cannabis knowledge of VHV were at a moderate level (41.84%). The factors associated with the medical cannabis knowledge among VHV, including received the medical cannabis information (OR_{adjusted} = 2.60 ; 95% CI 1.18 to 5.74: p-value 0.017) and social capital on participation and operation dimension and responsibility dimension presented at moderate and high levels, respectively (OR_{adjusted} = 1.64; 95%CI 1.12 to 3.80: p-value =0.020 and OR_{adjusted} = 3.26; 95%CI 2.14 to 5.74: p-value =0.104) Thus, related organization should provide the training program for increase medical cannabis knowledge among VHV such as increase the channel for receive the medical cannabis information.

Keywords: Medical cannabis, social capital, village health volunteers^{1,2}Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen

* Corresponding author: kritkantorn@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันการใช้กัญชาทางการแพทย์มีความก้าวหน้าและเป็นพลวัตอย่างยิ่ง¹ หลายประเทศทั่วโลกได้มีการนำสารสกัดจากกัญชามาใช้เพื่อเป็นยารักษาโรคเนื่องจากมีการศึกษาวิจัยสนับสนุนถึงประโยชน์ และโทษของกัญชามากขึ้น พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2562 จัดกัญชาเป็นยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 แต่อนุญาตให้ใช้กัญชาเฉพาะในทางการแพทย์เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยและการศึกษาวิจัยได้ เนื่องจากสารประกอบแคนนาบินอยด์ (cannabinoids) ที่อยู่ในกัญชาสามารถใช้ในการรักษาโรคได้ โดยสารที่ออกฤทธิ์หลักที่นำมาใช้ในทางการแพทย์ คือ เตตราไฮโดรแคนนาบินอยด์ (delta-9 tetrahydrocannabinol: THC) ที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท และแคนนาบิไดออล (cannabidiol: CBD) ที่ไม่มีฤทธิ์เสพติด แต่ให้ผลตรงกันข้ามกับ THC คือ คอยต้านการเกิดโรคจิตประสาท ความจำเสื่อมและลดความตื่นเต้นตกใจง่าย² และยังมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจ ความจำ ความเข้าใจ อารมณ์ การรับรู้ความปวด และการเคลื่อนไหว ออกฤทธิ์ ยับยั้ง กระตุ้นระบบประสาท ฮอร์โมน ภูมิคุ้มกัน ผ่านระบบเอนโดแคนนาบินอยด์ (endocannabinoid system (ESC)) ซึ่งเป็นสารที่มีอยู่ทั่วร่างกาย จากการศึกษาต่าง ๆ พบว่า เอนโดแคนนาบินอยด์ (endocannabinoids) ประกอบด้วย 2 สารที่สำคัญ คือ anandamide (AEA) และ arachidonoyl-glycerol (2-AG) ที่มีหน้าที่ในการควบคุมระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบสมอง และประสาทส่วนกลาง ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ระบบฮอร์โมน และระบบอื่นๆในร่างกาย อาทิ ความจำ อารมณ์ ความอยากอาหาร การนอนหลับ ความปวด การติดยา และการอักเสบ³

สถานการณ์การใช้กัญชาในประเทศไทยพบว่า กัญชาเป็นพืชสมุนไพรที่มีประโยชน์แต่ก็ยังคงเป็นยาเสพติดและผิดกฎหมาย ถึงแม้ว่าจะมีการแก้กฎหมายให้สามารถนำมาใช้ในทางการแพทย์และการวิจัยได้ แต่ทุกคนยังไม่สามารถปลูกหรือใช้ได้อย่างเสรี แต่นับว่าเป็นจุดเริ่มต้นในก้าวแรกของประเทศไทยที่มีความตื่นตัวและเปิดโอกาสให้สามารถทำการวิจัยและใช้ประโยชน์จากกัญชาหลังจากที่เป็นสิ่งผิดกฎหมายมาอย่างยาวนาน และนับเป็นความหวังของผู้ป่วยจำนวนมากที่รอคอยความหวังจากยาที่ได้จากสารสกัดจากกัญชานี้มาใช้รักษาโรค และความก้าวหน้าทางการแพทย์ของประเทศไทยที่จะมีการพัฒนาต่อไปอีกเรื่อย ๆ ซึ่งทั้งหมดนี้จะก้าวต่อไปได้มากน้อยเพียงใดนั้นจะต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจจากทุกภาคส่วน เพื่อให้ประเทศไทยมีความมั่นคงในทางการแพทย์และสามารถใช้ยาสมุนไพรรักษาโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป⁴

รัฐบาลได้ให้ความสำคัญในการใช้กัญชาเพื่อเป็นพืชสมุนไพรในทางการแพทย์ โดยได้มอบให้กระทรวงสาธารณสุขจัดทำโครงการฝึกอบรมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้าใจเรื่องการใช้กัญชาสำหรับวัตถุประสงค์ทางการแพทย์อย่างถูกต้องและมีนโยบายนำร่องให้อสม. ปลูกกัญชานำร่องเพื่อให้มีกัญชาเพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วยที่จะได้ประโยชน์จากกัญชาทางการแพทย์ต่อไป ซึ่ง อสม.เป็นกลไกสุขภาพชุมชนที่เข้มแข็งของประเทศไทยและมีชื่อเสียงไปทั่วโลก โดย อสม.มีภารกิจช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชนจำนวนมาก¹

ในปัจจุบัน แนวคิดทฤษฎีทางสังคมถูกนำมาใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาในระดับชุมชนมากขึ้น โดยนำมาใช้อธิบายปรากฏการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาในหลากหลายประเด็น อาทิ ระบบเศรษฐกิจชุมชน รวมถึงระบบสุขภาพชุมชน โดยชุมชนที่มีปัจจัยเกื้อหนุน ทางสังคมต่าง ๆ จะ

นำไปสู่การมีศักยภาพในการปฏิบัติการร่วมกันเพื่อจัดการกับปัญหาสุขภาพในมิติต่าง ๆ ของชุมชน ในประเด็นหลายๆประเด็น เช่น การปรับปรุงบริการสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยโดยชุมชน ชนะบูร์น⁵ Bourdieu⁶ ได้อธิบายทุนทางสังคมว่าเป็นทุนประเภทหนึ่งเช่นเดียวกับทุนทางเศรษฐกิจและทุนทางวัฒนธรรม โดยทุนทางสังคมเป็นการรวมตัวกันของทรัพยากร ซึ่งอาจจะเป็นสถาบันองค์กร หรือบุคคล ที่มีอยู่แล้วและมีศักยภาพ มาเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายที่มั่นคง มีความผูกพันและยอมรับซึ่งกันและกัน ส่วน Coleman⁷ กล่าวว่า ทุนทางสังคมเหมือนกับทุนในรูปแบบอื่น ๆ สามารถสร้างผลิตภาพและสร้างโอกาสในการทำงานให้บรรลุเป้าหมาย ทั้งนี้ทุนทางสังคมเหมือนกับทุนกายภาพและทุนมนุษย์ และ Putnam⁸ ได้ชี้ให้เห็นว่าทุนทางสังคมเป็นลักษณะเด่นขององค์กรทางสังคมอันได้แก่ ความไว้วางใจ (Trust) บรรทัดฐาน (Norms) และเครือข่าย (Networks) ซึ่งสามารถปรับปรุงประสิทธิภาพของสังคม โดยการส่งเสริม เกื้อหนุน การร่วมมือในการดำเนินงานซึ่งกันและกัน อีกทั้งยังชี้ให้เห็นถึงกระบวนการเกิดของทุนทางสังคมนั้นเริ่มจากประชาชนในสังคมมีระบบคิด และค่านิยมที่ดีร่วมกัน ดังนั้น ทุนทางสังคมในรูปแบบเครือข่ายส่งผลให้เพิ่มศักยภาพในการทำงานและช่วยลดต้นทุนในการทำงานได้มากกว่าการทำงานแบบปัจเจกชน เกิดจารีตประเพณีที่เกี่ยวกับการพึ่งพาอาศัยกันหรือต่างตอบแทนทำให้องค์กรชุมชนแข็งแรงและมีพลังมากขึ้น เกิดความไว้วางใจระหว่างกันของคนในเครือข่ายทำให้การติดต่อและระบบข้อมูลข่าวสารมีความสะดวกรวดเร็ว และมีการนำความสำเร็จร่วมกันในอดีตมาใช้ประโยชน์เพื่อสร้างความร่วมมือในอนาคต

การดำเนินการเพื่อให้ อสม. เข้ามามีบทบาทในการส่งเสริมการใช้กัญชาสำหรับวัตถุประสงค์ทางการแพทย์มีความจำเป็นอย่างยิ่ง

ที่จะต้องให้ อสม. มีความรู้ความเข้าใจด้านการใช้กัญชาอย่างถูกต้อง และต้องทราบว่าทุนทางสังคมมีผลอย่างไรบ้างกับการส่งเสริมให้อสม.มีความรู้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา เพื่อนำผลที่ได้ไปช่วยในการส่งเสริมและพัฒนาการใช้กัญชาสำหรับวัตถุประสงค์ทางการแพทย์ของอสม.ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาทุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เพื่อศึกษาทุนทางสังคมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของ อสม. ในจังหวัดขอนแก่น ศึกษาในอสม.ที่ขึ้นทะเบียนไม่น้อยกว่า 1 ปี สามารถอ่านออกเขียนได้ และอาศัยอยู่ในจังหวัดขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างได้จากการใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดยสุ่มตัวอย่างในแต่ละพื้นที่ตามโซนแบ่งได้ทั้งหมด 4 โซน ซึ่งจะได้ตัวแทนในแต่ละโซน คือ อำเภอน้ำพอง อำเภอเมือง อำเภอหนองเรือ และอำเภอฟล ได้จำนวนอสม. รวมทั้งสิ้น 337 คน เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือน มกราคม พ.ศ 2563 โดยใช้แบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา

ระยะเวลาการเป็น อสม. ตำแหน่งอื่นในหมู่บ้าน การได้รับการอบรม รายได้ต่อเดือน รายจ่ายต่อเดือน การเป็นหนี้ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และ ช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสาร

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านทุนทางสังคม จำนวน 50 ข้อ ได้แก่ ด้านพฤติกรรมทางสังคม ด้านทัศนคติ ด้านการต่างตอบแทน ด้านความสามัคคี ด้านบรรทัดฐาน ด้านความไว้วางใจ ด้านโครงสร้างองค์กรแนวราบ ด้านความรับผิดชอบ สาธารณะของผู้นำ ด้านการตัดสินใจของส่วนรวมที่โปร่งใส และด้านการมีส่วนร่วมดำเนินการและรับผิดชอบ

ส่วนที่ 3 ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ จำนวน 15 ข้อ

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ ใช้วิธีการตรวจสอบความตรง (Validity) และความเที่ยง (Reliability) ดังนี้

1) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถาม ได้ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.61-1

2) ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้วิธีการตรวจสอบด้วยการหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.92

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คุณลักษณะส่วนบุคคล ทุนทางสังคม ความรอบรู้ทางสุขภาพ กรณีข้อมูลแจกแจง ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage)

กรณีข้อมูลต่อเนื่อง ใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) และสถิติเชิงอนุมานใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (multiple logistic regression) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม

ผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 84.87 มีอายุเฉลี่ย 52.45 ปี อายุสูงสุด 78 ปี ต่ำสุด 31 ปี การประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 63.80 สถานภาพสมรส ร้อยละ 79.53 มีสถานภาพสมรสแบบสมรสและอยู่ด้วยกัน การศึกษา ส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 41.54 ระยะเวลาเป็น อสม. เฉลี่ย 11.32 ปี มากที่สุด 45 ปี และน้อยที่สุด 1 ปี ร้อยละ 92.58 ได้รับการอบรมเพิ่มความรู้ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว มีรายได้เฉลี่ยร้อยละ 7,523.12 บาท/เดือน มากที่สุด คือ 50,000 บาท/เดือน และน้อยที่สุดคือ 1,000 บาท/เดือน รายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว มีรายจ่ายเฉลี่ย 6,525.82 บาท/เดือน ส่วนใหญ่มีหนี้สิน ร้อยละ 82.49 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชา ร้อยละ 81.90 และอสม.มีช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 78.93 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ คุณลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดขอนแก่น (n=337)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	51	15.13
หญิง	286	84.87
อายุ (ปี)		
30-39	22	6.53
40-49	100	29.67
50-59	150	44.51
≥60	65	19.29
Mean ± S.D.: 52.45 ± 8.23, median (min: max) 52 (31: 78)		
อาชีพ		
เกษตรกร	215	63.80
ค้าขาย	42	12.46
แม่บ้าน	46	13.65
รับจ้างทั่วไป	34	10.09
สถานภาพสมรส		
โสด	23	6.82
สมรส(อยู่ด้วยกัน)	268	79.53
แยกกันอยู่	8	2.37
หม้าย/หย่า	38	11.28
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	129	38.28
มัธยมศึกษาตอนต้น	46	13.65
มัธยมศึกษาตอนปลาย	140	41.54
อนุปริญญาหรือสูงกว่า	22	6.53
ระยะเวลาการเป็น อสม. (ปี)		
1 – 10	199	59.05
11 – 20	96	28.49
21 – 30	34	10.09
≥31	8	2.37
Mean ± S.D.: 11.32 ± 8.71, median (min: max) 10 (1: 45)		
การได้รับการอบรม		
ได้รับ	312	92.58
ไม่ได้รับ	25	7.42

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)		
< 5,000	120	39.60
5,001-10,000	119	39.27
10,001-15,000	46	15.18
≥15,001	18	5.94
Mean ± S.D.: 7,523.12 ± 6,564.97, median (min: max) 6,000 (1,000: 50,000)		
รายจ่ายเฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)		
<5,000	137	47.57
5,001-10,000	109	37.85
10,001-15,000	28	9.72
≥15,001	14	4.86
Mean ± S.D.: 6,525.82 ± 5,138.36, median (min: max) 5,000 (500 : 37,000)		
หนังสือ		
มี	278	82.49
ไม่มี	59	17.51
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชา		
เคย	309	91.69
ไม่เคย	28	8.31
ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร		
มี	266	78.93
ไม่มี	71	21.07

ปัจจัยทุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดขอนแก่น

ปัจจัยทุนทางสังคมรวมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดขอนแก่นพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทุนทางสังคมในระดับสูง ร้อยละ 76.19 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 22.62 ตามลำดับ

ปัจจัยทุนทางสังคมด้านพฤติกรรมทางสังคม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทุนทางสังคมด้านพฤติกรรมทางสังคม ในระดับสูง ร้อยละ 71.81 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 26.71 ตามลำดับ

ปัจจัยทุนทางสังคมด้านทัศนคติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทุนทางสังคมด้านทัศนคติในระดับสูง ร้อยละ 79.82 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 18.99 ตามลำดับ

ทุนทางสังคมด้านการต่างตอบแทน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทุนทางสังคมด้านการต่างตอบแทน ในระดับสูง ร้อยละ 72.32 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 26.79 ตามลำดับ

ทุนทางสังคมด้านความสามัคคี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทุนทางสังคมด้านความสามัคคีในระดับสูง ร้อยละ 59.64 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 39.47 ตามลำดับ

ทุนทางสังคมด้านบรรทัดฐาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทุนทางสังคมด้านบรรทัดฐานในระดับสูง ร้อยละ 79.82 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 18.40 ตามลำดับ

ทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจในระดับสูง ร้อยละ 64.39 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 33.83 ตามลำดับ

ทุนทางสังคมด้านโครงสร้างองค์กรแนวราบ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทุนทางสังคมด้านโครงสร้างองค์กรแนวราบในระดับสูง ร้อยละ 57.57 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 39.17 ตามลำดับ

ทุนทางสังคมด้านความรับผิดชอบต่อสาธารณะของผู้นำ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทุนทางสังคมด้านความรับผิดชอบต่อสาธารณะของผู้นำในระดับสูง ร้อยละ 67.95 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 25.52 ตามลำดับ

ทุนทางสังคมด้านการตัดสินใจของส่วนรวมที่โปร่งใส พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทุนทางสังคมด้านการตัดสินใจของส่วนรวมที่โปร่งใสในระดับสูง ร้อยละ 63.80 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 34.42 ตามลำดับ

ทุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วมดำเนินการและรับผิดชอบ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วมดำเนินการและรับผิดชอบต่อส่วนรวมในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.37 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 26.41 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ระดับความรู้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดขอนแก่น

ระดับความรู้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.84 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 30.27 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละปัจจัยทุนทางสังคม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดขอนแก่น (n=337)

ปัจจัยทุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยทุนทางสังคมรายรวม		
ระดับสูง (3.68-5.00)	256	76.19
ปานกลาง (2.34 -3.67)	76	22.62
ต่ำ (1.00- 2.33)	4	1.19
ทุนทางสังคมด้านพฤติกรรมทางสังคม		
ระดับสูง (3.68 - 5.00)	242	71.81
ปานกลาง (2.34 - 3.67)	90	26.71
ต่ำ (1.00 - 2.33)	4	1.49
ทุนทางสังคมด้านทัศนคติ		
ระดับสูง (3.68 - 5.00)	269	79.82
ปานกลาง (2.34 - 3.67)	64	18.99
ต่ำ (1.00 - 2.33)	4	1.19

ปัจจัยทุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ทุนทางสังคมด้านการต่างตอบแทน		
ระดับสูง (3.68 - 5.00)	243	72.32
ปานกลาง (2.34 - 3.67)	90	26.79
ต่ำ (1.00 - 2.33)	3	0.89
ทุนทางสังคมด้านความสามัคคี		
ระดับสูง (3.68 - 5.00)	201	59.64
ปานกลาง (2.34 - 3.67)	133	39.47
ต่ำ (1.00 - 2.33)	3	0.89
ทุนทางสังคมด้านบรรทัดฐาน		
ระดับสูง (3.68 - 5.00)	269	79.82
ปานกลาง (2.34 - 3.67)	62	18.40
ต่ำ (1.00 - 2.33)	6	1.78
ทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจ		
ระดับสูง (3.68 - 5.00)	217	64.39
ปานกลาง (2.34 - 3.67)	114	33.83
ต่ำ (1.00 - 2.33)	6	1.78
ทุนทางสังคมด้านโครงสร้างองค์กรแนวราบ		
ระดับสูง (3.68 - 5.00)	194	57.57
ปานกลาง (2.34 - 3.67)	132	39.17
ต่ำ (1.00 - 2.33)	11	3.26
ทุนทางสังคมด้านความรับผิดชอบต่อสาธารณะของผู้ผู้นำ		
ระดับสูง (3.68 - 5.00)	229	67.95
ปานกลาง (2.34 - 3.67)	86	25.52
ต่ำ (1.00 - 2.33)	22	6.53
ทุนทางสังคมด้านการตัดสินใจของส่วนรวมที่โปร่งใส		
ระดับสูง (3.68 - 5.00)	215	63.80
ปานกลาง (2.34 - 3.67)	116	34.42
ต่ำ (1.00 - 2.33)	6	1.78
ทุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วมดำเนินการและรับผิดชอบ		
ระดับสูง (3.68 - 5.00)	89	26.41
ปานกลาง (2.34 - 3.67)	163	48.37
ต่ำ (1.00 - 2.33)	85	25.22

ตารางที่ 3 ระดับความรู้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดขอนแก่น (n=337)

ระดับความรู้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์	จำนวน	ร้อยละ
สูง (12 คะแนนขึ้นไป)	102	30.27
ปานกลาง (9-12 คะแนน)	141	41.84
ต่ำ (1-8 คะแนน)	94	27.89

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดขอนแก่น

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดขอนแก่น ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ จะมีความรู้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์มากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ เป็น 2.60 เท่า (OR_{adjusted} = 2.60 ; 95%CI 1.18 to 5.74:

p-value 0.017) และปัจจัยทุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วมดำเนินการและรับผิดชอบ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีทุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วมดำเนินการและรับผิดชอบในระดับปานกลางและระดับสูง จะมีความรู้ด้านการใช้กัญชาทางการแพทย์ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีทุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วมดำเนินการและรับผิดชอบระดับต่ำ เป็น 1.64 และ 3.26 เท่า ตามลำดับ (OR_{adjusted} = 1.64 ; 95%CI 1.12 to 3.80: p-value =0.020 และ OR_{adjusted} = 3.26 ; 95%CI 2.14 to 5.74: p-value =0.014 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดขอนแก่น (n=337)

ปัจจัย	จำนวน	%ระดับความรู้	Crude OR	OR _{adjusted}	95% CI	P-Value
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์						0.017
ไม่เคยได้รับ	28	53.57				
ได้รับ	309	28.16	2.94	2.60	1.18 to 5.74	
ระดับทุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วมดำเนินการและรับผิดชอบ						0.012
ระดับต่ำ	8	12.50				
ระดับปานกลาง	77	19.48	1.69	1.64	1.12 to 3.80	
ระดับสูง	252	34.13	3.63	3.26	2.14 to 5.74	

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยทุนทางสังคมด้านการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทุนทางสังคมในระดับสูง ร้อยละ 76.19 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 22.62 ตามลำดับ ทั้งนี้เกิดจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดขอนแก่นมีทุนทางสังคมด้านพฤติกรรมทางสังคม ทุนทางสังคมด้านทัศนคติ ทุนทางสังคมด้านความสามัคคี ทุนทางสังคมด้านบรรทัดฐาน ทุนทางสังคมด้านความไว้วางใจ ทุนทางสังคมด้านโครงสร้างองค์กร แนวราบ ทุนทางสังคมด้านความรับผิดชอบต่อสาธารณะของผู้นำ ทุนทางสังคมด้านการตัดสินใจของส่วนรวมที่โปร่งใส ทุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วมร่วมดำเนินการและรับผิดชอบอยู่ในระดับสูง และประกอบกับ อสม. เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนในชุมชนและเป็นแกนนำความรู้ความสามารถที่มีอยู่ช่วยส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรคต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับประชาชนที่มีสุขภาพที่ดีและรับมือกับโรคต่าง ๆ ได้ทุกสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งการทำหน้าที่ตามบทบาทดังกล่าว ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมดำเนินการและรับผิดชอบในกิจกรรมตามบทบาท ช่วยเสริมให้มีปัจจัยทุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Sarah Rippon และคณะ⁹ ที่ศึกษาข้อมูลเชิงลึกของทุนทางสังคมจากความจำเป็นทางด้านสุขภาพในประเทศมาลาวี พบว่า ชุมชนทั้ง 18 แห่งมีทุนทางสังคมระดับปานกลางถึงสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Muhammad Tariq Majored and Tahseen Ajaz¹⁰ ที่ศึกษาเรื่อง ทุนทางสังคมเพื่อกำหนดผลลัพธ์สุขภาพของประชากร: มุมมองระดับโลก ผลการศึกษาพบว่า ทุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทุกมิติของผลลัพธ์ด้านสุขภาพในฐานะ

บุคคลที่ไว้วางใจสูง ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นว่าผลกระทบของทุนทางสังคมต่อสุขภาพจิตนั้น แข็งแกร่งกว่าผลกระทบต่อสุขภาพกาย นอกจากนี้ ทุนทางสังคมยังเอื้อต่อการควบคุมดัชนีความเครียดมากกว่าสร้างความสุขและสอดคล้องกับการศึกษาของชนะบุรณ์ อินทรพันธ์, ดุษฎีอายุวัฒน์ และวงศา เล้าหศิริวงศ์⁵ ที่ศึกษาเรื่องกระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของชุมชน พบว่า ชุมชนใช้วิธีการวิเคราะห์นโยบายสาธารณะอย่างรอบคอบ ชุมชนใช้ทุนทางสังคมประเภทต่าง ๆ เพื่อการจัดสรรนโยบายสาธารณะรวมถึงต่อไปนี้ : 1) การเชื่อมโยงทุนทางสังคม: การสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมที่ใกล้ชิด สิ่งนี้จะช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและนโยบายสาธารณะอย่างละเอียด 2) การเชื่อมโยงทุนทางสังคม : การรักษาสัมพันธภาพที่ดีในระดับหน่วยทางสังคม รูปแบบของเงินทุนนี้เป็นประโยชน์ในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดทำนโยบายสาธารณะที่มีสุขภาพดีและในการสรรหาทรัพยากรที่จำเป็น 3) การเชื่อมโยงทุนทางสังคม : การสร้างและการรักษาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและองค์กรอื่น ๆ ซึ่งช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับคำแนะนำและคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญของหมู่บ้านอื่น ๆ เพื่อร่างนโยบายสาธารณะที่มีสุขภาพดี

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ในการใช้กัญชาทางการแพทย์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดขอนแก่น ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร

เกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ จะมีความรู้ในการใช้
 ปัญหาทางการแพทย์มากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้
 รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์
 เป็น 2.60 เท่า และปัจจัยทุนทางสังคมด้านการมี
 ส่วนร่วมดำเนินการและรับผิดชอบ โดยกลุ่ม
 ตัวอย่างที่มีทุนทางสังคมด้านการมีส่วนร่วม
 ดำเนินการและรับผิดชอบในระดับปานกลางและ
 ระดับสูง จะมีความรู้ด้านการใช้ปัญหาทาง
 การแพทย์ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีทุนทางสังคม
 ด้านการมีส่วนร่วมดำเนินการและรับผิดชอบ
 ระดับต่ำ เป็น 1.64 และ 3.26 เท่า ตามลำดับ
 จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี
 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับปัญหาถึง ร้อยละ
 91.69 และมีช่องทางการรับรู้ข่าวสาร ถึงร้อยละ
 78.93 ทำให้สามารถเข้าถึงสุขภาพและบริการ
 สุขภาพได้ง่าย รวมถึงกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด
 เป็นอสม. ซึ่งได้รับการอบรมและเข้าร่วมกิจกรรม
 ทางสาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะช่วยพัฒนา
 ความรู้ได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา
 ในระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปถึง ร้อยละ 61.72
 ซึ่งเป็นระดับการศึกษาที่สามารถเข้าใจและสร้าง
 โอกาสในการเรียนรู้ด้วยตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดี
 สอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถรัตน์
 หวังประดิษฐ์, รวีวรรณ ช่วยบำรุง, กรกฏ
 สีนประจักษ์ผล, และวนิดา ประเสริฐ¹¹ ที่ศึกษาผล
 การจัดชุดกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องยาต่อความรู้
 และพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัคร
 สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า การจัดชุด
 กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องยาส่งผลให้ความรู้และ
 พฤติกรรมการใช้ยาของอสม. ดีขึ้นอย่างมี
 นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ข้อเสนอแนะ

1) ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การได้รับ
 ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับปัญหาทางการแพทย์ มี
 ความสัมพันธ์กับความรู้ในการใช้ปัญหาทาง
 การแพทย์ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขและ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการส่งเสริมและ
 พัฒนาการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับปัญหาทาง
 การแพทย์ ในกลุ่มที่ยังไม่ได้รับ เพื่อให้นโยบาย
 ด้านการส่งเสริมการใช้ปัญหาทางการแพทย์
 ประสบความสำเร็จ

2) ควรมีการจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้
 ในเรื่องที่ อสม. ยังมีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับ
 ปัญหาทางการแพทย์ เช่น ปัญหาสามารถใช้เพื่อ
 บรรเทาหอบหืดได้ เป็นต้น

3) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดให้มีการ
 ประเมินความรู้เกี่ยวกับการใช้ปัญหาทาง
 การแพทย์ หรือการปฏิบัติงานของ อสม.ด้านอื่นๆ
 อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ทราบถึงสมรรถนะของ
 อสม. ที่ควรเพิ่มเติมหรือความรู้อื่นที่สอดคล้องกับ
 ความต้องการของ อสม. และสถานะสุขภาพของ
 ประชาชนในพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสาธารณสุขอำเภอ น้ำพอง
 สาธารณสุขอำเภอเมือง สาธารณสุขอำเภอพล
 และผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองเรือ ที่อำนวยความสะดวกและให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บ
 ข้อมูล และขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุข
 ประจำหมู่บ้านทุกท่านที่กรุณาตอบแบบสอบถาม

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. คำแนะนำการใช้ปัญหา
 ทางการแพทย์[อินเทอร์เน็ต]. 2562[เข้าถึง
 เมื่อ 7 ต.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก
[http://www.dms.moph.go.th/dms2559/
 download/Final_Guidance.pdf](http://www.dms.moph.go.th/dms2559/download/Final_Guidance.pdf).
2. แพทยสภา. คำแนะนำสำหรับแพทย์การใช้
 ปัญหาทางการแพทย์. แพทยสภาสาร; 2562
 [เข้าถึง เมื่อ 29 พ.ค. 2563];1:[1-43]. เข้าถึง
 ได้จาก

- https://tmc.or.th/pdf/fact/guideline_cannabis_101062.pdf
3. อรพรรณ เมธาติลกุล. การแพทย์แคนนาบินอยด์และกัญชาทางการแพทย์[อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 29 พ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://thaicam.go.th/wp-content/uploads/2019/08/การแพทย์แคนนาบินอยด์-และกัญชาทางการแพทย์.pdf>
 4. จุฬาพัฒน์ ช่างเกต. กฎหมายเกี่ยวกับกัญชา [บทความวิชาการ]. 2562 [เข้าถึง เมื่อ 8 ต.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก https://www.parliament.go.th/ewtadmin/ewt/elaw_parcy/ewt_dl_link.php?nid=2247
 5. Intharaphan C, Ayuwat D, Laohasiriwong W. Social Capital for Healthy Public Policy Formulation by the Community in Northeastern Thailand. The International Journal of Interdisciplinary Social and Community Studies. 2017;12: 29-41.
 6. Bourdieu, P. “The Forms of Capital.” Pp. 241–58 in Handbook of theory and research for the sociology of education, edited by J. G. Richardson. New York: Greenwood Press; 1986.
 7. Coleman, J. S. Social Capital in the Creation of Human Capital. The American Journal of Sociology. 1988; 94, S95-S120
 8. Putnam, Robert D. “The Prosperous American Prospect. 1993. 4(13): 35–42.
 9. Rippon S, Beatte TK, Lungu K, Kumwenda S, Morse T. Social capital insights from Healthy Settings needs assessment in Malawi. PLoS One. 2018; 13(10): e0206156.
 10. Majeed M, Ajaz T. Social Capital as a Determinant of Population Health Outcomes: A Global Perspective; 2020.
 11. อรรถรัตน์ หวังประดิษฐ์, ระวีวรรณ ช่วยบำรุง, กรกฎ สีนประจักษ์พล, และวนิดา ประเสริฐ. ผลการจัดชุดกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องยาต่อความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 2558; 10(1): 87-95.